..............................data.................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **imię, nazwisko**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica, nr domu)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Do Państwowego Powiatowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#####  **PESEL Inspektora Sanitarnego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**seria i numer dowodu osobistego w....................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Numer telefonu**

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok / szczątków / urny z prochami \* zmarłego(ej)

.......................................................................................................................................................(imię i nazwisko)

celem spopielenia tak / nie \*…………………………………………………………………….

(miejscowość oraz dokładny adres zakładu kremacji)

stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej.........................................

**I Informacje Dotyczące Osoby Zmarłej i Ekshumacji**

1. Data i miejsce urodzenia...........................................................................................................

2. Data i miejsce zgonu.................................................................................................................

3. Akt zgonu …………………………………………………………………………………….

 (podać nr aktu zgonu, i organ wydający)

***4. Miejsce aktualnego pochówku***: cmentarz komunalny/parafialny\* w ………………..……...

.......................................................................................................................................................

 (miejscowość oraz dokładny adres cmentarza)

rodzaj grobu:

- pojedynczy, podwójny, grobowiec\*(podać imię i nazwisko oraz datę zgonu osób pochowanych w grobie)

…………………………………………………………………………………………………...

- inne (wymienić) ……………………………………………………………………………….

***5. Miejsce przyszłego pochówku***: cmentarz komunalny/parafialny\* w …...………...………...

.......................................................................................................................................................

 (miejscowość oraz dokładny adres cmentarza)

przeniesienie wydobytych zwłok / szczątków\* do:

- nowego grobu: tak / nie \*

- do grobu istniejącego w którym pochowana/y jest (imię i nazwisko osób pochowanych w grobie) ………………………………………………….…………(data zgonu) ……………..…………

………………………………………………….…………(data zgonu) ……………..…………

- do grobu murowanego tak / nie \*

- do grobu głębinowego tak / nie \*

- inne (wymienić) ...........................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

6. Środek transportu po drogach publicznych, którym zostaną przewiezione zwłoki / szczątki\*

………………………………………………………………………………………………….
 (podać rodzaj środka transportu w przypadku przewozu po drogach publicznych)

**II Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku *(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania, seria i nr dowodu osobistego*) :**

1.....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

*podpis*

2.....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

*podpis*

3.....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

*podpis*

4.....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

*podpis*

5.....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

*podpis*

**III Uzasadnienie wniosku**.........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

**IV Przeprowadzający ekshumację**..........................................................................................

 (podać nazwę i adres firmy dokonującej ekshumacji i przewozu zwłok)

.......................................................................................................................................................

Treść wniosku i kompletność informacji o współdecydujących członkach rodziny potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....................................................................

data i czytelny podpis wnioskodawcy

w załączeniu:

1. odpis skrócony aktu zgonu (oryginał)

2. w przypadku jeśli od daty zgonu nie minęły 2 lata - dokument urzędowy z określoną przyczyną zgonu lub
 wykluczający jako przyczynę zgonu chorobę zakaźną wymienioną w przepisach na podstawie art. 9 ust. 3a
 ustawy cmentarzach i chowaniu zmarłych.

3. zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej

 we wniosku
4. zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, do którego ma być
 pochowana osoba wskazana we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji

\*niepotrzebne skreślić

**Wyjaśnienia do wniosku:**

Podpisy na wniosku w sprawie wyrażenia zgody na ekshumację (osoby składającej wniosek i osób uprawnionych do współdecydowania) powinny być złożone w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej lub uwiarygodnione przez notariusza bądź pracownika urzędu państwowego.